



KOKEMUKSIA RYHMÄMUOTOISES- TA HOIDOSTA OSANA MASENNUK- SEN HOITOA

Sara Lehtonen

TuomasLemmetty

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LEHTONEN, SARA & LEMMETTY, TUOMAS

Kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Maaliskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa psykiatrian poliklinikoilla. Työmme tehtävänä oli selvittää mitä on hyvä ryhmämuotoinen hoito, miten ryhmämuotoinen hoito koetaan masennuksen hoidossa ja mikä on ohjaajan rooli masennuksen ryhmämuotoisessa hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda kehittämisideoita ryhmämuotoisen hoidon toteutukseen jatkossa. Työelämäyhteytenä toimi Tampereen kaupunki.

Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Laadullisessa menetelmässä ihmisen toimintaa ja kokemusta ja siitä kertomista pidetään merkityksellisessä roolissa. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Teemahaastattelurunko koostui neljästä eri teemasta. Haastattelimme kolmea masennusryhmiä ohjannutta ammattilaista. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella haastatellut kokivat ryhmämuotoisen hoidon tehokkaaksi ja mielekkääksi hoitomuodoksi. Hyvän ryhmämuotoisen hoidon koettiin koostuvan useammista tekijöistä. Keskeisimmät tekijät olivat informaation lisääminen, ryhmän kokoamiseen liittyvät järjestelyt, hoidolliset tekijät ryhmässä, vertaistuki ja ympäristölliset tekijät. Ryhmämuotoisen hoidon vaikutuksesta masennuksen hoitoon nousi paljon positiivisia ajatuksia. Hoitajat kokivat hoidon tehokkaana, taloudellisena ja sisällöllisesti toimivana. Tulosten mukaan ryhmänohjaamisessa merkittävänä pidettiin kiinnostuksen ja tiedon lisäämistä ryhmämuotoisesta hoidosta ja työntekijöiden aktivoimista ryhmänohjaajiksi. Ohjaajat kokivat haasteita oman jaksamisen huomioimisessa. Hyvänä ryhmänohjaajat kokivat parityöskentelyn ja työkavereiden tuen.

Tulosten perusteella hoitajia tulisi aktivoida ryhmämuotoisen hoidon toteuttamiseen ja tarjota heille siihen koulutusta. Myös potilaiden rohkaisuun ja yksilölliseen tukemiseen ryhmässä voisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta voitaisiin vähentää ryhmässä olemisen ja puhumisen pelkoa. Tulosten perusteella masennuksen ryhmämuotoista hoitoa pidettiin tehokkaana ja hyvänä. Kehitettävää voisi olla vielä ryhmien sisällön laajentamisessa ja monipuolisempien ryhmämuotoisten hoitojen tarjoamisessa. Lisätutkimuksena voisi kartoittaa potilaiden omia kokemuksia masennuksen erilaisista ryhmämuotoisista hoidoista ja uusista suunnitteilla olevista ryhmistä.

Asiasanat: ryhmäterapia, masennus, psykiatrinen hoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

LEHTONEN SARA & LEMMETTY TUOMAS

Experiences of Group Treatment as a Way of Treating Depression

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 8 pages

March 2015

The purpose of this study was to describe experiences of group treatment as part of the treatment of depression in the new city psychiatric polyclinics of Tampere. Our task was to explain what a good group treatment is like, how the group is perceived in treatment for depression, and what the role of the instructor in group treatment is. The objective was to examine the nurses' experiences of group treatment. Another objective was to examine the implementation of a patient suffering from depression as part of the treatment. Another objective is to bring ideas to the development of group form treatment implementation in the future.

This study was applied the qualitative research method. The data for the study were collected through theme interviews and analyzed by qualitative content analysis. The theme interview frame consisted of four different themes. Three instructors leading the groups of depressed patients were interviewed.

The results of the interviewees regarded the group treatment as effective and meaningful method of treatment. Successful group treatment was considered to consist of several factors. The most significant factors were for example gaining information, therapeutic factors and peer support. The instructors felt that the treatment is effective, economical and had a successful content. Coping with one's work load was experienced as challenging by the instructors. Working in pairs with a colleague and support from colleagues were appreciated.

The conclusion is that the instructors should be encouraged to give group treatment and training to that should be provided. Patients should be encouraged to participate in the group for example by giving individual support. All in all group treatment was considered good and effective form of treatment. Further study could focus on expanding the material used and offering more versatile group treatment services. Besides, patients' own experiences should be heard when planning new groups.

Key words: psychotherapy, group, depression, psychiatric nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Ryhmähoito.....	9
3.1.1	Ryhmän hoitavat tekijät	11
3.1.2	Ryhmän ohjaajan rooli ja tehtävät	12
3.1.3	Suljettu ryhmä	13
3.2	Masennus	13
3.2.1	Masennuksen hoito	14
3.2.2	Masennuspotilaan hoitotyö avohoidossa.....	15
3.2.3	Masennuksen ryhmämuotoinen hoito	16
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	18
4.2	Aineiston keruu.....	18
4.3	Aineiston analysointi	19
5	TULOKSET	22
5.1	Hyvään ryhmämuotoiseen hoitoon vaikuttavat tekijät	22
5.1.1	Ryhmähoidon toimivuuteen vaikuttavat tekijät	22
5.1.2	Informaatio ryhmään osallistuville	23
5.1.3	Ryhmän kokoaminen	24
5.1.4	Hoitavat tekijät ryhmässä.....	25
5.1.5	Vertaistuki	26
5.1.6	Vuorovaikutus ryhmässä.....	27
5.1.7	Yksilöllisyys.....	28
5.1.8	Ympäristötekijät.....	28
5.1.9	Suljettu ryhmä	30
5.2	Kokemukset ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa.....	30
5.2.1	Positiiviset kokemukset.....	31
5.2.2	Negatiiviset kokemukset	31
5.2.3	Tavoitteiden saavuttaminen	32
5.3	Kokemukset ohjaajan roolista ryhmämuotoisessa hoidossa.....	33
5.3.1	Ryhmänohjaajana ryhmässä.....	33
6	POHDINTA.....	36
6.1	Tulosten tarkastelu	36
6.2	Eettisyys.....	38

6.3 Luotettavuus.....	40
6.4 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	42
LÄHTEET	43
LIITTEET	46
Liite 1. Suostumus	46
Liite 2. Teemahaastattelurunko	48
Liite 3. Sisällönanalyysi taulukko	49

1 JOHDANTO

Depressio kuuluu keskeisiin kehittyneiden maiden kansanterveysongelmiin. Terveysthuollossa tämä näkyy jokapäiväisessä työssä masentuneiden potilaskäyntien suurena määränä. Arviolta kymmenen prosenttia terveyskeskuksen asiakkaista kärsii depressiosta. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa masennuspotilaiden avohoitokäyntien osuus on noin 50 prosenttia. (Karila 2008, 5-6.)

Liukan (2010) Pro-gradu-tutkielmasta käy ilmi että erityisesti sairaanhoitajan näkökulmasta toivotaan tietoa masennuspotilaan auttamismenetelmistä. Myös erilaisista hoitomuodoista ja niiden vaikutuksesta halutaan lisää koulutusta. (Liukka 2010, 40.)

Masennus on yleinen sairaus, joka esiintyy usein monioireisena huonontaa elämänlaatua ja toimintakykyä (Riihimäki 2010,9). Suomessa masennusta sairastaa viidestä kuuteen prosenttia aikuisväestöstä joka tarkoittaa 250 000 aikuista. Lasten kohdalla masennusta esiintyy 0,5-2 prosenttia. Murrosikäisillä lapsilla masennus on yleisempää. Vanhusten masennus on kuitenkin yleisintä. Ikäihmisistä masennuksesta kärsii noin 12–13 prosenttia. Noin 60 prosenttia masennusta sairastavaa toivoisi saavansa pelkän lääkeshoidon sijaan myös psykoterapeuttista hoitoa. Yksilöterapioiden ohella masennusta hoidetaan myös psykoterapiaryhmissä. (Hagman & Roine 2011, 13-15.) Vuosina 2000–2001 vain joka neljäs masennuksesta kärsivää käytti masennuslääkkeitä. Myös alle viidennes heistä kävi psykoterapiassa. Masennuksen suuren esiintyvyyden ja sen aiheuttamien haittojen vuoksi se tuo eteen myös paljon yhteiskunnallisia kustannuksia. Vuonna 2004 on laskettukin että masennuksen kokonaiskustannuksiksi tulisi 253 euroa asukasta kohti. Tärkeää ja kannattavaa on siis, että masennuksen hoitoon tullaan panostamaan ja puuttumaan ajoissa. (Riihimäki 2010, 10.)

Ryhmähoito on rantautunut Suomeen vasta 1950-luvulla, jolloin ryhmiä oli aluksi vain alkoholistien hoitoon. Nykyisin ryhmähoitoa toteutetaan muihinkin psyykkisiin oireisiin. Apua voi hakea esimerkiksi masennukseen, ahdistukseen ja ihmissuhdevaikeuksiin. Ryhmähoidon avulla pyritään ratkaisemaan ongelmia ryhmänjäsenten välisellä vuorovaikutuksella ja suhteella terapeuttiin. (Tamminen 2010, 144–148.) Ryhmämuutoinen hoito on koettu hyvänä hoitomuotona mutta myös kustannus tehokkaanakin. (Puskar ym. 2012, 225.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa. Opinnäytetyössämme on esitetty ryhmähoidon vaikutusta masennuspotilaan vointiin ja yksilölliseen hoitoon hoitajan kokemana.

Oma kiinnostus aiheeseemme heräsi ryhmähoito aiheen myötä. Ryhmähoitoa järjestetäänkin nykyään monissa avohoidon palveluissa (Punkanen 2001, 24). Opinnäytetyössä käytimme kvalitatiivista menetelmää ja aineiston keräsimme teemahaastattelulla.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaista on hyvä ryhmämuotoinen hoito?
2. Miten ryhmänohjaajat kokevat ryhmämuotoisen hoidon osana masennuksen hoitoa?
3. Millainen on ohjaajan rooli hoidollisen ryhmän toteuttajana?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuoda kehittämisideoita ryhmämuotoisen hoidon toteutukseen jatkossa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Ryhmähoito

Ryhmähoito on yleinen ja tehokas hoitomuoto. Sitä on käytetty paljon mielenterveyshäiriöiden hoitoon, koska sillä on näyttöön perustuvaa vaikutusta ja se on kustannustehokasta. Tämän vuoksi hoitajien taidot psykiatriasta ja ryhmien vetämisestä on merkityksellisiä. (Puskar ym. 2012, 225.)

Ryhmiä on pidemmän aikaakäytetty terapeutisiin tarkoituksiin ilman tietoisuutta ryhmän hoidollisuudesta. Hoitotyön tukena mielenterveys- ja päihdehoitotyössä on ryhmämuotoinen hoito yleisesti käytössä. Lisäksi yhteisöhoidossa käytetään terapeutisia suuryhmiä sekä keskisuuria ryhmiä, joissa jäseniä on 15-30 henkilöä. Terapeuttisissa ryhmissä keskitytään usein tiettyjen rajattujen ongelmien ratkaisuihin tai jonkun oireytymän hoitamiseen. Näissä ryhmissä ei aina huomioida käytettävää menetelmää, vaan keskitytään kokemusten jakamiseen. (Vähäniemi 2008, 118-119.)

Mielenterveyshoitotyössä ryhmän käyttöä voidaan toteuttaa erilaisten viitekehysten mukaisesti. Keskeisiä viitekehyksiä ovat yhteisöllinen, psykoterapeuttinen ja psykoedukaatiivinen näkökulma. Ryhmän ohjaajalta edellytetään pätevyyttä sekä koulutusta riippuen käytettävästä viitekehyksestä. Viitekehys valitaan sen mukaan, toteutetaanko ryhmä avohoidossa, osastolla tai kuntoutusyhteisössä. Myös viitekehysten valintaan vaikuttaa ryhmän kesto, osallistujien kunto ja ryhmän tavoitteet. Psykoterapeuttiset ryhmät voivat toimia vielä erilaisten psykoterapeuttisten viitekehysten pohjalta. Näitä ovat esimerkiksi käyttäytymisterapeuttiset ja psykodynaamiset ryhmäpsykoterapiat. (Kuhanen ym. 2012, 110.) Tässä opinnäytetyössä ryhmät pohjautuvat kognitiivisiin näkökulmiin. Kognitiivinen psykoterapia perustuu ajatusten ja tunteiden muokkaamiseen. Muokkaamalla tunne- ja ajatusmalleja pystytään vaikuttamaan toiminta- ja käyttäytymistapoihin. (Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry 2015.)

Ryhmiä on paljon ja erilaisia; toiminnallisia ryhmiä, kontaktiryhmiä ja ongelmasuuntautuneita keskusteluryhmiä. Toiminnallinen ryhmä pyrkii yhdessä tekemisen ja yhdessä olon avulla auttamaan. Kontaktiryhmät ovat usein vapaamuotoisia ja spontaaneja kes-

kusteluryhmiä. Ongelmakeskeiset ryhmät ovat taas luonteeltaan pitkäkestoisia ja kiinteitä. Ryhmien vetämiseen voi osallistua hoitoalan koulutuksen saanut, mutta ongelmasuuntautuneen ryhmän kohdalla vaaditaan erityistason koulutuksen saanutta. (Punkanen 2001, 71.)

Haymanin ja Allenin (2006) artikkelissa puhutaan Cambridgen yliopistossa kehitetyn ryhmähoidon ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistämisestä joka tähtää masennuksesta kuntoutumiseen. Artikkelissa nousee esille ryhmän jäsenten valitsemisen merkityksellisyys. Masennuspotilaiden oireiden ja taudinkuvan vuoksi on merkityksellistä valita ryhmän jäsenet ryhmän toimivuuden ja jatkuvuuden kannalta. Ryhmään valitsemisen edellytyksenä pidetään kriteerinä, ettei asiakas ole liian masentunut muttei täysin tervekkään. Tärkeintä on hänen kykeneväisyytensä puhumaan edes jonkin verran tunteuksistaan ja vastaanottamaan asioita muilta ryhmän jäseniltä. Ryhmään koottiin kuusi asiakasta. Ryhmä sisälsi sekä miehiä että naisia. Ryhmä kokoontui sovitusti kahdeksan kertaa. Jokainen kerta perustuu ennalta suunniteltuun materiaaliin ja tehtäviin. Sisältö koostuu masennustietoisuudesta, arjen apuvälineistä, ajattelutavan ja olettamusten muokkaamisesta, itsetunnon vahvistamiseen liittyvistä harjoitteista ja uskon luomisesta tulevaisuuteen sekä mielekkäiden asioiden esille nostamisesta. Ryhmän vaikuttavuutta masennukseen seurattiin Beckin depressioasteikon (BDI) avulla, ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla. Yhdessäolon ryhmän jäsenet kokivat tärkeäksi. Ryhmytyminen johti myös uusien ihmissuhteiden syntymiseen ryhmän ulkopuolelle. Artikkelissa Hayman ja Allen pitävät tätä kognitiivista käyttäytymisterapiaa pohjautuvaa ryhmää merkityksellisenä masennuksen hoitomuotona, ja uskovat sen käytön lisääntyvän. (Hayman & Allen 2006)

Myös Nancen (2012) tutkimuksessa käy ilmi kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmämuotoisen hoidon positiiviset vaikutukset masennuksen hoidossa. Tutkimus perustuu neljäkymmenen vuoden aikuisen osallistumisesta kyseiseen kognitiivis-behavioristiseen ryhmään. Kahdeksan henkinen ryhmä kokoontui kaksitoista kertaa. Tulokset osoittivat että ryhmä vaikutti positiivisesti persoonan kasvuun ja kehitykseen, negatiivisen ajattelun vähenemiseen ja ihmissuhteiden parantumiseen. Tärkeäksi terapeutiksi tekijäksi nousi vertaistuki. Myös hoitajat kokivat yksilöllistä ja ammatillista kehitystä, sekä nähdessään osallistujien kehittymisen, se loi hoitajille ymmärrystä ja tyytyväisyyttä hoidon vaikuttavuudesta. (Nance 2012, 89-93.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään depressiokouluun, masennuksen hoito- ja ehkäisykurssiin sekä masennuksen hallinnan ja toistuvan masennuksen ryhmiin. Ryhmät ovat kognitiivisen käyttäytymisterapian sovelluksia sekä itse kerättyihin materiaaleihin pohjautuvia. Osassa ryhmissä käytetään tukena Koffertin ja Kuusen Depressiokoulu – kirjaa. Nämä ryhmät kokoontuvat pääsääntöisesti kahdeksan kertaa, kaksi tuntia kerrallaan. Jäseniä ryhmiin valitaan kahdeksasta kymmeneen. Depressiokoulu on suunnattu pääsääntöisesti uudemmille ja tuoreemmille masennuspotilaille. Hallinnan ja toistuvan masennuksen ryhmä sopii paremmin jo pidempiaikaisille asiakkaille.

3.1.1 Ryhmän hoitavat tekijät

Vahvuutena ryhmähoidossa on muiden ryhmään osallistuvien terapeuttisten kykyjen hyödyntäminen (Tamminen 2010, 144). Leinosen (2005, 139) mukaan tärkeimpänä tekijänä ryhmämuotoisessa hoidossa uskotaan olevan ryhmän kiinteys, jonka ylläpitämisessä ryhmän ohjaajan ammattitaidolla on merkittävä rooli. Ryhmään kuulumisen tunne rakentuu ryhmän kehitysvaiheiden mukaan, ja se luo turvallisuuden sekä luottamuksen tunnetta. Omien kokemusten ilmaisemisen lisäksi turvalliseksi koetussa ryhmässä on mahdollista vastaanottaa positiivista ja negatiivista palautetta. Oleellista ryhmissä on, että ryhmän jäsenet kokevat samankaltaisuuden ja toivon tunnetta. (Vähäniemi 2008, 118-119; Kuhanen ym. 2012, 116-117.)

Ryhmässä tapahtuu sosiaalisten taitojen harjoittelua sekä kokemuseräisen tiedon jakamista. Tiedon jakaminen on todettu olevan tärkeää ryhmässä, jonka kautta ongelmia voidaan yhdessä pohtia ja analysoida. (Vähäniemi 2008, 118-119; Kuhanen ym. 2012, 116-117.)

Luodon (2005) Pro gradu –tutkielman mukaan masentuneet miehet kaipasivat enemmän ihmiskontakteja. Masentuneet kokivat että omista asioista ja tunteista puhuminen oli tärkeä osa masennuksen hoidossa. Vertaistuki koettiin merkityksellisenä. (Luoto 2005, 54-57) Myös Ryytäsen (2005) Pro gradu -tutkielman mukaan masentuneet kokevat toisten ihmisten tuen ja keskustelun tärkeänä. Toisen ihmisen lähellä koettiin, ettei olla yksin. Myös muiden kanssa keskustelu toi uusia näkökulmia ja oivalluksia omiin ajatuksiin. (Ryytäsen 2005, 62, 80)

Saarikiven (2006) Pro graduissa käy ilmi masennuksesta kuntoutumisen käännekohtia. Esille nousi toisen masentuneiden kohtaaminen ja heiltä saatu tuki. Yhdessäolo auttoi sairauden hyväksymisessä ja ymmärtämisessä. Myös merkittävä kuntoutumista edistävä tekijä oli uudet ihmissuhteet ja niiden luominen. Kuntoutumiseen vaikutti että masentuneet olivat suunnilleen samassa vaiheessa. Toisten masentuneiden avulla masentuneet kokivat saavansa toivoa ja uskoa omaankin selviytymiseen. Tutkielmassa käy ilmi myös masennuksen kuntoutuskurssin positiivisesta vaikutuksesta. Kuntoutuskurssi koettiin mielialaa parantavana, kuntoutusta vauhdittavana ja kannustavana. (Saarikivi 2006, 29-33.)

3.1.2 Ryhmän ohjaajan rooli ja tehtävät

Ryhmän ohjaajan merkittävä työväline on oma persoonallisuus (Klemelä 2012, 182). Ryhmän ohjaajan tulee luoda toimiva ryhmä ja käynnistää sen toiminta sekä johdatella sitä eteenpäin. Hyvä ohjaaja motivoi ja innostaa jäseniä ja tarkkailee ryhmän ilmapiiriä jatkuvasti. Tarkoitus on että jäsenet hyötyvät ryhmästä eikä ohjaaja käsittele siellä omia tuntemuksiaan läpi. (Punkanen 2001, 73.) Ohjaajan tulee toimia aktiivisena kuuntelijana ja ylläpitää ryhmäläisten toivoa ja auttaa selviytymään raskaimmissakin tunnelmissa. Ohjaaja huolehtii tasaisesta vuorovaikutuksesta ja ettei kukaan jää ulkopuolelle. (Hagman & Roine 2011, 109.)

Ryhmän ohjaajan tulee luoda sisältö ryhmälle. Hän auttaa ryhmää tavoitteiden asettamisessa ja tarkastelussa. Ohjaajan tulee varmistaa turvallinen ympäristö ryhmälle, kannustaa osallistumaan, lisätä viestintää ja tarjota tietoa. Tietojen tarjoamisen ohella on tärkeää, että ohjaaja osaa vastata myös ryhmässä syntyneisiin reaktioihin ja tunteisiin. Ohjaajan tulee hallita ryhmän sisäisiä prosesseja. Näillä prosesseilla tarkoitetaan ryhmän jäsenten välistä suhdetta, suhdetta ryhmän ohjaajaan tai suhdetta yksittäisten jäsenten välillä. Tämä mahdollistaa vuorovaikutuksen ja ryhmän tarpeiden arviointia ja kehittämistä. (Puskar ym.2012, 226.)

3.1.3 Suljettu ryhmä

Ryhmähoidon tavoitteiden mukaisesti voidaan käyttää erilaisia ryhmiä, joita on esimerkiksi strukturoituja tai vapaasti eteneviä, sekä avoimia tai suljettuja ryhmiä (Vähäniemi 2008, 118). Oleellisin ero suljetun ja täydentyvän ryhmän välillä on ryhmän aloituksessa. Suljetussa ryhmässä on vain yksi alku jolloin kaikki aloittavat samasta lähtötilanteesta, eikä suljettuun ryhmään oteta uusia jäseniä, jolloin ryhmän kehitysvaiheet ovat selkeämmin havaittavissa. Suljettuun ryhmään kootaan samaan ryhmään soveltuvia henkilöitä, joilla yhteisinä tekijöinä on yleensä ikäluokka, sukupuoli, oireet sekä dynamiikka. Nämä seikat voivat aiheuttaa käytännön ongelmia ryhmää koottaessa, jos ryhmään sopivia henkilöitä ei löydy riittävästi. (Muhonen 2005, 163-170.)

3.2 Masennus

Masennus eli depressio on yleinen sairaus, joka voi uusiutua ja muuttua hoitamattomana pitkäaikaiseksi. Masennuksen tunnistamisella ajoissa ja hyvällä sekä riittävän pitkällä hoidolla voidaan vaikuttaa masennusjakson kestoon ja uusiutumisen riskiin. Jopa puolella masennusoireet uusiutuvat ensimmäisen hoitojakson jälkeen. (Riihimäki 2010, 10.)

Masennus on usein monioireinen sairaus. Masennusoireet esiintyvät usein ihmisillä monin tavoin; ruumiillisesti, kognitiivisesti ja sosiaalisesti. Ruumiillisesti masennus vaikuttaa ihmisen ruokahuonon, uneen ja voimavaroihin. Huonosti nukkuvaa ihmistä väsyttää ja uupuu, jonka seurauksena voi lisäksi alkaa esiintyä särkyä ja kipuja. Masennukselle tyypillistä on mielialan lasku ja mielihyvän sekä mielenkiinnon menettäminen. Näiden lisäksi masennus vaikuttaa mielen toimintoihin kuten muistiin, keskittymiskykyyn, tarkkaavaisuuteen ja stressinsietokykyyn. Oirekirjo on suuri ja se vaikuttaa osakseen myös sosiaaliseen kanssakäymiseen laskevasti. Mielenkiinnon lasku vähentää ihmissuhteita ja vuorovaikutusta, joka voi johtaa masentuneen syrjäytymiseen. (Riihimäki 2010, 12)

Suomessa on käytössä ICD-10 tautiluokitus. Masennuksen diagnoosi määritetään ICD-10 tautiluokituksessa masennustiloihin (F32) ja masennuksen toistuvuuteen (F33). Molemmilla on samat masennusoireyhtymän kriteerit. Diagnoosia määriteltäessä oireiden tulee olla kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa. Myös kymmenestä oireku-

van kriteeristä tulee täyttyä vähintään neljä kohtaa. Masennuksen vaikeusastetta määriteltäessä vaikuttaa ICD-10 luokituksesta saatu oireiden lukumäärä. Lievässä masennustilassa oireita on 4-5, keskivaikeassa masennustilassa 6-7 ja vaikeassa masennustilassa 8-10 oirekuva. Vaikeusasteen arviointiin käytetään lisäksi myös erilaisia oiremittareita. Käytetyimpiä näistä on esimerkiksi Hamiltonin (HAM-D), Beckin (BDI-21) ja Montgomery-Åsbergin (MADRS) depressioasteikot. Toimintakyvyn lasku toimii myös arvioinnin välineenä. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2013.)

Opinnäytetyömme keskittyy keskivaikeaa masennusta sairastavien ryhmämuotoiseen hoitoon. Keskivaikea masennustila kertoo henkilön toimintakyvyn merkittävästä laskusta. Usein keskivaikeasta masennustilasta kärsivä ei kykene enää käymään töissä ja tarvitsee sairauslomaa. (Isometsä 2011, 156.) Masennuksesta on tällöin haittaa myös esimerkiksi koulunkäynnille ja ihmissuhteille. Keskivaikeassa masennustilassa potilaalla on vähintään kaksi pääoiretta sekä kolme tai neljä muuta oiretta joiden kesto on ainakin kaksi viikkoa. (Nordling&Toivio 2013, 180.) Keskivaikean masennuksen hoito tapahtuu usein perusterveydenhuollossa ja vakavammissa tapauksissa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Isometsä 2011, 156.)

3.2.1 Masennuksen hoito

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen osioon; akuuttivaihe, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttivaihe tarkoittaa masennuksen oireiden poistamista asiakkaasta. Akuuttivaihe jatkuu kunnes tavoite eli oireettomuus on saavutettu. Jatkohoidolla pyritään sen sijaan pitämään poistetut oireet loitolla. Ylläpitohoito pyrkii taas estämään mahdollisen masennuksen uusiutumisen ja uuden hoitajakson tarvetta. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2013.)

Peruslähtökohta mielenterveyden ylläpitoon on arjen rytmistä kiinnipitäminen. Siihen kuuluvat riittävä lepo, ravitsemus, liikunta, sosiaalinen verkosto ja vuorovaikutus. (Lämsä 2011, 23) Masennuksen hoitoon on kuitenkin erilaisia vaihtoehtoja riippuen sen vaikeusasteesta ja luonteesta. Hoitomuodot voidaan jakaa biologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin hoitoihin. Biologinen hoitomuoto pitää sisällään masennuslääkkeet. Masennuslääkkeiden tehoa on tutkittu ja on todettu että parhain hyöty masennuksen hoitoon saadaan yhdistämällä lääkkeitä ja psykoterapiaa tai muu kuntoutus. Psykologinen hoito on

psykoterapiaa tai psykososiaalista tuen saantia. Sosiaalisia hoitomuotoja ovat ryhmämuotoiset hoidot kuten depressiokoulu, vertaistukiryhmät ja erilaiset nettisovellukset. (Riihimäki 2010, 12-13)

Hoitomuodon valintaan vaikuttaa masennuksen vaikeusaste ja yksilön omat toiveet ja elämäntilanne. Masennuksen akuuttihoitoon kuuluu usein psykoterapia ja depressiolääkkeet. Joskus näiden lisäksi voidaan käyttää kirkasvalohoitoa, sähköhoitoa ja transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa eli magneettisilmukan avulla pyritään stimuloimaan eri aivoalueita. Käypä hoito –suositus kehottaa psykoterapian ja depressiolääkkeiden valittavaksi yhdessä lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2013.) Ryynäsen (2005) Pro gradu-tutkielmassa on tutkittu masennuksen lääkehoidon merkitystä potilaalle. Tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat saavansa apua ja tukea lääkkeistä, mutta suhtautuivat niihin ristiriitaisesti. Potilaat kokivat että lääkkeet yksinään eivät riitä. (Ryynänen 2005, 81) Saarikiven (2006) Pro gradu-tutkielmassa tulokset osoittavat myös lääkehoidon osan psyykkisten ongelmien hoitoon, mutta ratkaisevampana käännekohtana potilaat kokivat terapiaan pääsemisen. Potilaat kokivat myös avun hakemisen ammatti-ihmisiltä ja psykiatrisen hoidon masennuksesta kuntoutumisessa tärkeänä. (Saarikivi 2006, 28-29.)

Masennuksen hoidon aikana tulisi kartoittaa masentuneen elämäntilanne, sillä jotkin asiat, kuten erilaiset stressitekijät, mielen ristiriidat, ihmissuhdeongelmat ja persoonallisuushäiriö saattavat kuormittaa potilasta entisestään (Riihimäki 2010, 12-13). Hoidon kannalta oleellista on huomioida mahdolliset aiemmat hoitojaksot ja mikäli niitä on takana, on hyvä keskustella aiemman hoidon hyödyistä ja haitoista ja pohtia niiden soveltamista mahdollisessa jatkohoidossa. Tärkeää on myös kartoittaa potilaan sairaustautaa; onko taustalla muita psyykkisiä oireita tai somaattista sairautta, jotka mahdollisesti vaikuttavat masennukseen. Kun masennuksesta puhutaan, myös itsemurhavaarasta on hyvä puhua suoraan potilaan kanssa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2013.)

3.2.2 Masennuspotilaan hoitotyö avohoidossa

Avohoidon tarkoituksena on löytää keinot, joilla masennuspotilasta voitaisiin auttaa ja tukea toipumisessa. Keskeisimmät menetelmät ovat vuorovaikutus potilaan kanssa ja

potilaan kokemus tulla kohdatuksi. Ammattitaitoinen henkilökunta pyrkii vastaamaan potilaan odotuksiin ja pahaan oloon koulutuksensa myötä. Hoitotyön lähtökohtana pidetään potilaan mahdollisuutta löytää uudenlaisia rakentavia elämänvalintoja ja kantaa oma vastuu valinnoissaan ja korostaa mahdollisuutta selviytyä näistä. Hoidon avulla tuetaan potilaan omia valintoja ja voidaan tarjota avuksi erilaisia vaihtoehtoja ja selviytymiskeinoja. Tutkittuja ja hyväksi koettuja hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi toivon ylläpitäminen, itsetunnon vahvistaminen, perheen huomioiminen, huolenpito, turvallisuudesta huolehtiminen, mielihyvähävinnojen edistäminen ja vertaistuen järjestäminen. (Panhelainen 2010, 40-41.)

Masennuksen hoito lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa järjestetään perusterveydenhuollon palveluissa. (Kuhanen ym. 2012, 205) Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa keskitytään vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Lisäksi erikoissairaanhoidossa hoidetaan itsetuhoiset potilaat ja ne joille aiempi hoito ei ole tehonnut tai kun tarvitaan diagnostisia tarkennuksia sekä arvioita. (Riihimäki 2010, 19-20.)

Perusterveydenhuollossa on koettu hyväksi ja toimivaksi masennustilan hoidon kolmiokantamalli. Siihen kuuluu terveyskeskuslääkäri, konsultoiva psykiatri ja depressiohoitaja. Näiden kolmen tahon tiivis yhteistyö mahdollistaa masennuksen varhaista hoitoa ja aktiivista seurantaa. Depressiohoitajina toimivat pääsääntöisesti psykiatriseen hoitotyöhön suuntautuneet sairaanhoitajat. Suomessa vuonna 2010 toimi alle 100 depressiohoitajaa. (Vuorilehto & Tuulari 2011, 26-27.) Liukan (2010) Pro gradu-tutkielmassa on tutkittu perusterveydenhuollon hoitajien asenteita masennukseen ja sen hoitoon. Hoitajista 81 prosenttia koki että terveysaseman depressiohoitajalla on masentuneiden hoidossa tärkeä merkitys. (Liukka 2010, 34.)

3.2.3 Masennuksen ryhmämuotoinen hoito

Masennuksen ryhmämuotoinen hoito voidaan järjestää pitkäkestoisena psykoanalyttisena ryhmäpsykoterapiana sekä lyhytkestoisena ryhmäpsykoterapiana. Ryhmiä on erilaisia; psykoanalyttisiä, eriaistisesti strukturoituja ja psykoedukatiivisia ryhmiä. (Hagman & Roine 2011, 107.) Ryhmäterapiat perustuvat rakenteeltaan pitkälti samoin kuin yksilöä tukevat yksilöpsykoterapiat. Ryhmiin kootaan usein noin kahdeksan henkilöä ja osallistujat voivat olla iältään eri-ikäisiä. (Kivelä 2009, 180.)

Masennuksen ryhmämuotoiselle hoidolle on tyypillistä että ryhmä mahdollistaa jäseniä huomaamaan, ettei ole ainut jolla on vaikeuksia ja ongelmia elämässään. Ryhmä mahdollistaa ajattelun että ongelmia on kaikilla ja menetykset, vaikeudet ja suru kuuluvat osaksi elämäämme. Tämä ajatusten ja tunteiden jakaminen voi edistää parantumista. Lisäksi ryhmäläisten kunnioitus toisia kohtaan ja kokemusten kuunteleminen voi lisätä kokemusta tulla arvostetuksi. Ryhmätoiminta mahdollistaa sosiaalista vuorovaikutusta sekä iloisia ja humoristisia asioita. (Kivelä 2009, 180-181.)

Depressiokoulu on masennuksen ja työuupumuksen ryhmämuotoinen ehkäisy- ja hoitomalli. Depressiokoulu perustuu masennuksen itsehoitoon työkirjan avulla. Depressiokoulu-ryhmä perustuu kognitiivisen psykoterapian metodeihin, mutta ei kuitenkaan ole psykoterapiaa. Ryhmä sisältää psykoedukatiivisia ja strukturoituja kokemukseen perustuvia työskentelymalleja. Depressiokoulun avulla pyritään kohentamaan arjen hallintaa ja sujumista edistävää muutosprosessia ja kehittämään elämänhallinnantaitoja. (Jääskeläinen 2010, 78-79.)

Opinnäytetyössämme on haastateltu ammattilaisia, jotka ovat ohjanneet masennusryhmiä joissa apuna on käytetty Depressiokoulun: Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja -kirjaa. Depressiokoulu -kirjaa on yleisesti käytetty paljon ryhmissä, joissa on kuudesta kahdeksaan henkilöä. Ohjaaja toimii ryhmässä työskentelyn johtajana ja apuna. Päävastuu tehtävien teosta ja kirjan hyödyntämisestä on itse potilaalla. Kirja auttaa potilasta masennusoireiden lievittämisessä ja hallintakeinojen omaksumisessa. Ryhmän ja kirjan tavoitteena on vähentää vakavien masennuksien puhkeaminen, lyhentää masennusjaksojen kestoja ja lievittää masennusjaksojen voimakkuutta. (Koffert & Kuusi 2002, 4-5.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä keskittyy merkityksen keskeisyyteen. Laadullisessa tutkimuksessa ihmisen toimintaa ja kokemusta ja siitä kertomista pidetään merkityksellisessä roolissa. Tutkimuksessa korostuu myös subjektiivisuus eli ihmisen oma näkemys tai tulkinta asiasta. (Lindblom-Yläne, Paavilainen, Pehkonen, & Ronkainen 2013, 81-83.) Laadullisessa tutkimuksessa nousee esille uskomukset, asenteet ja käyttäytymisen muutokset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Ihmistä kunnioitetaan laadullisessa tutkimuksessa elämysmaailman kokijana ja toimijana. Saadut havainnot ja kokemukset pohjautuvat suhteessa aikaan, ympäristöön ja tilanteeseen. (Lindblom-Yläne, Paavilainen, Pehkonen, & Ronkainen 2013, 81-83.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu myös tutkijan rooli. Tutkija pystyy vaikuttamaan tuotettuun tietoon tuomalla esiin omia mielenkiinnonkohteita ja nostamaan niitä tutkimuksessaan esille. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan saatua aineistoa ja tuomaan keskeinen havainto käsitteellisemmälle tasolle. (Lindblom-Yläne, Paavilainen, Pehkonen, & Ronkainen 2013, 81-83.)

Hoitotyössä laadullista tutkimusta käytetään, kun tarvitaan eri tavoin koottua tietoa terveyden, sairauden tai hoitokokemusten merkityksistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Opinnäytetyömme aiheena on kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa. Koska opinnäytetyö perustuu ihmisten omiin kokemuksiin ja tulkintoihin, valitsimme menetelmäksi kvalitatiivinen menetelmän.

4.2 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa keskeisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelut, kyselyt, havainnointi ja erilaiset dokumentit (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Opinnäytetyössämme aineiston keruu tapahtui teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun avulla.

Haastattelun etuna on sen joustavuus. Joustavuudella tarkoitetaan mahdollisuutta toistaa kysymyksiä, selventää ja oikaista väärinkäsityksiä sekä mahdollisuudesta muokata kysymysten järjestystä. Haastattelu on usein sisällöltään antoisampaa ja runsaampaa kuin esimerkiksi kyselylomakkeet saadun tiedon kannalta. Teemahaastattelun tarkoituksena on edetä etukäteen valittujen teemojen ja niihin kohdistuvien tarkentavien kysymysten myötä. Teemat liittyvät tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta asiasta jo tiedettyyn tietoon. Teemahaastattelussa keskeistä ovat ihmisen tulkinnat asioista ja niille annetut merkitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-75.)

Haastattelun toteuttamiseksi hyvin, toimitetaan haastattelun teemat haastateltaville etukäteen, jotta niihin pystyy tutustumaan rauhassa ennen haastattelua. Haastatteluajat sovitaan haastateltavien kanssa henkilökohtaisesti. Kysymyksiin vastaaja vastaa oman ymmärryksensä ja ammattitaidon pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haastattelimme opinnäytetyössämme kolmea ryhmän ohjaajaa, jotka vetävät masennuspotilaille ryhmiä ja joilla oli kokemusta ryhmämuotoisesta hoidosta. Haastatteluajat sovittiin haastateltavien kanssa henkilökohtaisesti. Jokainen haastateltava sai ennen haastattelua allekirjoitettavaksi kirjallisen suostumuslomakkeen (Liite 1). Lisäksi haastattelun teemarunko (Liite 2) lähetettiin haastateltaville tutustuttavaksi. Osallistuminen opinnäytetyöhön oli vapaaehtoista. Teemahaastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluina, jotka nauhoitettiin nauhurilla ja ensimmäinen haastattelu videoitiin varmuuden vuoksi. Yksittäiset haastattelut kestivät puolesta tunnista reiluun tuntiin.

4.3 Aineiston analysointi

Laadullisissa tutkimuksissa yleinen analyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerättyjen aineistojen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Sisällönanalyysillä voidaan tarkastella aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti erittelemällä aineiston sisältöä. Analyysin avulla pyritään luomaan sanallinen ja selkeä kuvaus tutkimuskohteesta. Sisällönanalyysin tarkoitus on tiivistää saatu tieto ymmärrettävään ja selkeään ulkoasuun. Tarkoitus on lisätä aineiston yhtenäisyyttä ja mahdollistaa luotettavien johtopäätösten teko aineistosta. Sisällönanalyysi vaatii tutkijalta loogista päättelyä ja tulkintaa. Tätä helpottamaan aineisto pilkotaan pienempiin osiin ja asiat

ryhmitellään, käsitteellistetään ja lopuksi muodostetaan vielä loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-113.)

Laadullisen tutkimuksen aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen osaan; aineiston redusointiin, klusterointiin ja abstrahointiin. Redusoinnilla eli aineiston pelkistämällä tarkoitetaan aineistosta epäolennaisen asian karsimista pois. Pelkistäminen on myös tiedon tiivistämistä pienempään muotoon ja tutkimusta edesauttavien ilmauksien nostamista esille. Toisessa vaiheessa klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta nousseita alkuperäisilmauksia jaetaan yhteneviin ja eroaviin käsitteisiin. Käsitteet yhdistetään omaksi alaluokaksi, jolloin pystytään tiivistämään aineistoa yksittäisestä tekijästä yleiseen käsitykseen. Viimeisessä vaiheessa abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä kerätään merkittävä tieto tutkimuksen kannalta ja valitusta tiedosta tehdään vielä teoreettiset käsitykset. Yhdistämällä analyysissa nousseita käsityksiä saadaan vastauksia tutkimukseen. Johtopäätösten tekeminen vaatii ymmärrystä vastaajien omasta merkityksestä tutkittavaan asiaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-113.)

Opinnäytetyömme analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelumateriaali litteroitiin kirjalliseen muotoon ja analysoitiin huolellisesti. Aloitimme analysoinnin poimimalla opinnäytetyöllemme keskeiset ilmaukset litteroidusta materiaalista. Alkuperäisilmaisut pelkistimme edelleen pelkistettyihin ilmaisuihin (taulukko 1). Luokitelimme ilmaukset teemojen mukaisesti niin että ne vastasivat opinnäytetyön tehtäviin. Pelkistetyt ilmaisut luokittelimme samankaltaisuuksien perusteella vielä pienempiin ryhmiin nimeten ne omiin alaluokkiin ja nimesimme alaluokat pelkistettyjen ilmauksien perusteella niitä kuvaavaksi. Samankaltaiset alaluokat luokiteltiin vielä niitä kuvaaviin yläluokkiin. Yläluokista muodostettiin lopulta pääluokka joka vastasi opinnäytetyömme tehtävää (taulukko 2). Opinnäytetyömme sisällönanalyysin taulukosta (Liite 3.) näkyy tarkemmin luokittelu ja ryhmittely.

TAULUKKO 1. Alkuperäisilmauksien pelkistäminen

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaisu
”Mää ainakin yritän kerätä miehiä ja naisia.”	Ryhmään kerätään molempia sukupuolia
”Ryhmät on lähtökohtaisesti suljettuja. Ne on sellaisina pidetty liittyen ehkä siihen luottamuksellisuuteen, ja sitten sen niin kun sen ryhmäprosessin niin kun toteutumiseen tavallaan sen ryhmän aikana.”	Ryhmä on suljettu, luottamuksen ja ryhmäprosessin vuoksi
”Vuorovaikutuksen taso ja määrä ja laatu lisääntyy mitä enemmän ne ryhmäytyy tulee semmonen turvallinen olotila”	Ryhmäytyminen lisää vuorovaikutuksen määrää
”Ryhmähoito on mun mielestä hyvin tehokasta hoitoa”	Ryhmähoito on tehokasta

TAULUKKO 2. Luokittelun eteneminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Ryhmän toimintaa suunniteltaessa huomioidaan ryhmän viitekehys	Ryhmähoidon toimivuuteen vaikuttavat tekijät	Hyvä ryhmämuotoinen hoito	Kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa
Yhdessä sovitaan pelisäännöt			
Luottamus ryhmässä			
Samat ryhmän jäsenet lisäävät luotettavuutta			

5 TULOKSET

5.1 Hyvään ryhmämuotoiseen hoitoon vaikuttavat tekijät

Hyvä ryhmämuotoinen hoito rakentuu monesta tekijästä. Haastateltavat toivat esille ryhmän toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä ja korostivat markkinoimisen ja tiedonantamisen merkitystä ryhmän muodostuksessa ja jäsenten sitouttamisesta ryhmään.

Ryhmää koottaessa esille nousi jäsenten valitsemisen merkitys. Yhteiset valitsemiskriteerit ja valitsemisperusteet edesauttavat ryhmän toimivuutta. Toimivuuteen vaikuttavista tekijöistä nousi esille kommunikoinnin merkitys ja siihen vaikuttaminen. Vertaistuki nousi selkeästi ryhmämuotoisen hoidon eduksi.

Ryhmähoidossa ryhmän jäsenet osallistuvat yksilöinä ja jokainen toimii omien tavoitteiden pohjalta. Yksilö pystyy ryhmän kautta heijastamaan omia prosessejaan ryhmässä nousseisiin kokemuksiin ja käsiteltäviin asioihin.

Haastateltavat nostivat esille myös ryhmän toteutumisen kannalta merkittäväksi seikaksi ajan, paikan ja ilmapiirin vaikutukset ryhmähoidon toteutuksessa. Suljettu ryhmä koettiin kyseisissä masennusryhmissä toimivimmaksi vaihtoehdoksi.

5.1.1 Ryhmähoidon toimivuuteen vaikuttavat tekijät

Ryhmän toiminnan suunnittelu pohjautuu ryhmän taustateoriaan. Jokaisella ryhmällä on teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta ryhmää lähdetään toteuttamaan. Sisältöä suunniteltaessa teemaa voidaan kuitenkin muokata ryhmän sen hetkisten tarpeiden mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä keskitytään masennuksen hoitoryhmiin, jotka pohjautuvat kognitiivisiin elementteihin. Haastateltavat kokivat että näissä ryhmissä päämääränä on tiedon saaminen masennuksesta kokemusten ja taitovalmennuksen kautta.

ajatus on että siinä ryhmähoidossakin sitten on joku teoreettinen viitekehys, minkä pohjalta sitä sitten toteutetaan

mä saatan jonkun teeman vaihtaakin sen takia että näyttäytyy että se on juuri tälle ryhmälle niin ajankohtainen tai tärkeä asia

Haastatellut pitivät tärkeänä että ryhmissä on yhdessä sovitut pelisäännöt. Jokainen ryhmäläinen saa olla oma itsensä ja jokainen jäsen hyväksytään tasavertaisena ryhmäläisenä. Jokaisen mielipiteitä kunnioitetaan.

hoidollisuuden kannalta tärkeitä on minusta se, että ryhmässä sovitaan yhdessä tietyt pelisäännöt

jokainen saa olla ihan sellaisena kuin on, että kaikki hyväksytään, kaikki on tasavertaisia

Luottamus ryhmässä pohjautui suljetun ryhmän periaatteisiin, jolloin ryhmässä on samat jäsenet alusta alkaen ja luottamus ryhmäläisten välillä syntyy helpommin. Luottamuksen tärkeä elementti on se, että ryhmässä puhutut asiat pysyvät luottamuksellisena.

ryhmät on lähtökohtaisesti suljettuja. Ne on sellaisina pidetty, liittyen ehkä siihen luottamuksellisuuteen

Toimivaksi ryhmän kooksi haastateltavat kokivat kuudesta kahdeksaan jäsentä. Suositeltavaa oli kuitenkin valita ryhmään kymmenen henkilöä, sillä usein jotkut saattavat lopettaa ryhmän tai olla tulematta.

ollaan huomattu kokemuksen kautta että vaikka olisi kymmenen valittu, niin se saattaa jäädä kuudesta kahdeksaan

5.1.2 Informaatio ryhmään osallistuville

Haastatellut kokivat että ryhmähoitoa järjestettäessä tärkeää on ryhmähoidon markkinointi. Ryhmään osallistuville on hyvä lähettää sitouttamiskirje joka sisältää informaatiota ryhmän sisällöstä ja rakenteesta. Tärkeää on innovoida ja motivoida jäseniä ryh-

mähoitoon. Hyvällä tiedottamisella lisätään ymmärrystä ryhmähoidosta ja saadaan mahdollutettua kynnystä ryhmään osallistumiseen.

henkilö tietäisi sen ryhmän sisältöä, struktuuria, rakennetta, hieman kokoakin, mainintaa miehistä ja naisista

tärkeätä se innovointi, motivointi ja ennen kaikkea tämmöisessä asiassa se tieto lisää ymmärrystä

5.1.3 Ryhmän kokoaminen

Ryhmää kootessa tärkeäksi tekijäksi haastateltavat nostivat ryhmänjäsenen valitsemisen. Ryhmäläiset tulisi haastatella etukäteen. Haastattellessa kiinnitetään huomio potilaan vointiin. Näissä masennusryhmissä pyritään valitsemaan jäseniksi sellaisia henkilöitä, joiden vointi mahdollistaa toiminnan ryhmässä. Tämä sulkee pois ne masentuneet joilla on esimerkiksi psykoottisuutta, maaninen vaihe tai vaikea persoonallisuushäiriö. Ryhmään osallistuvan oli oltava kykenevä kuuntelemaan, olemaan vastavuoroinen ja hallitsemaan käytöstään. Selkeitä poissulkukriteereitä olivat alkoholinkäyttö, suisidaalisuus ja akuutti kriisitilanne.

eikä ole psyykkisesti niin huonossa kunnossa, että on psykoottinen tai sitten on vaikea persoonallisuushäiriö tai sitten vaikea alkoholiongelma

jos on ihan tämmöinen akuutti, ihan kriisitilanne, niin ihan juuri silloin ehkä ei oo hyvä ajankohta aloittaa ryhmää.

Yleisesti koettiin että ryhmään on hyvä valita eri vaiheissa olevia masennuspotilaita. On koettu että pidemmällä hoidossaan olevat voivat lisätä toivon tunnetta varhaisemmassa vaiheessa oleville. Myös eri ikäisyys ja eri elämänvaiheet koettiin rikastavan vertaistukea ryhmässä. Toisaalta myös samankaltaiset elämäntilanteet ja pulmat voivat lisätä tuen merkitystä ja helpottaa kokemusten jakamista. Masennusryhmissä ryhmät ovat olleet sekaryhmiä. Yksi haastateltu totesi että ryhmiin on ollut vaikeampi saada miehiä kuin naisia.

eri vaiheessa olevia ihmisiä, koska sitten taas ne jotka on jo pidemmällä hoidossaan ja voi paremmin, niin ne sitten taas tuo siihen ryhmään. Sitä antaa kyllä paljon, sitä toivoo ja enemmän tukee että jos kaikki olisi oikein masentuneita

rikkaus siinä ryhmässä jos siinä on eri-ikäisiä ihmisiä ja erilaisia elämänkokemuksia

Haastatellut kokivat tärkeäksi että valitut ovat motivoituneita ja sitoutuneita ryhmään. Ryhmää kootessa tulisi kiinnittää huomio että ryhmällä on edellytykset toimia ja suoriutua sen tehtävistä ryhmänä.

on hyvät mahdollisuudet tehdä sitä tehtävää mitä se sitten ryhtyy ryhmänä tekemään

5.1.4 Hoitavat tekijät ryhmässä

Haastateltavien ohjaamissa ryhmähoidoissa ryhmän jäsenten tietoa pyrittiin lisäämään masennuksesta ja sen hoidosta. Tiedon lisäksi haastateltavat kokivat että ryhmähoito mahdollistaa kokemusten jakamisen, vuorovaikutuksen lisäämisen ja vertaistuen. Toisinaan ryhmähoidon avulla voitiin lisätä myös säännöllistä tekemistä, aktiivisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä. Haastateltavat kertoivat ryhmähoidon hoitomuotona mahdollistavan moniulotteisempaa asioiden pohtimista, ja näin edesauttavan yksilöä oivaltaamaan ja ratkaisemaan ongelmiaan.

määättelen että se tieto ja sitten se asioitten jakaminen, vuorovaikutus ja se vertaistuki.

se tuo siihen viikkoon jotakin rytmiä ja säännöllistä tekemistä ja tapaa muita ihmisiä ja on sosiaalista kanssakäymistä, ja se aktivoi ylipäättään sitä ihmistä pois sieltä kotoa

5.1.5 Vertaistuki

Kokemusten jakamisen merkitys oli tulosten mukaan suuri. Monille kokemus, ettei ole yksin, ja muillakin on ongelmia, helpottaa potilaita haastateltavien mukaan. Vertaistuen merkitys ei ole ainoastaan siinä, mitä on kokenut yksinään, vaan että ihmiset ovat kokeneet jotakin samaa ja heillä on samanniminen sairaus. Näin syntyy kokemus ja ymmärrys masennuksesta ja sairauden luonteesta. Vertaistuki mahdollisti nähdyn, kuullun ja hyväksytyksi tulemisen. Haastatellut kertoivat että kokemus ja kannustus motivoivat masentunutta ja auttoivat suhteellistamaan ongelmia.

vertaistuki ei synny yksistään siitä, että ihmiset ovat kokeneet jotakin samaa. tai heillä on samanniminen sairaus. vaan se syntyy enemmän sitten siitä kokemuksesta että toiset ymmärtää mitä mää olen kokenut sen oman kokemuksen

on erittäin tärkeä tällainen: nähdyn, kuullun ja hyväksytyksi tuleminen

Yleisesti koettiin että ohjaaja voi myös toimia vertaistukea lisäävänä tekijänä ja johdella ryhmän keskustelua kohti oivalluksia tuomatta niitä itse esille. Ohjaaja toimii ryhmäläisten tukena. Paras vertaistuki saadaan vertaisista eikä ryhmän ohjaajasta.

ryhmänohjaajana jotenkin kuljettaa sitä keskustelua niin, etnetärkeitä oivallukset tulee niiltä ryhmäläisiltä eikä ohjaajalta

Positiivisena asiana haastatellut kokivat että vertaistuen myötä on parhaimmillaan muodostunut ryhmän ulkopuolisia ihmissuhteita. Ryhmäläiset ovat saattaneet vaihtaa yhteystietojaan ja jatkaa yhteydenpitoa. Tiivis ryhmä oli näin mahdollistanut sosiaalisen kanssakäymisen lisääntymistä.

syntyy joskus ihan tällaisia ystävyys- ja kaveruussuhteita. jotkut perustaa tällaisia suljettuja facebook-ryhmiä, siellä sitten vaihtelevat kuulumisia. Tai joskus menevät sen ryhmän jälkeen sitten yhdessä täältä kahville tai torille tai jonnekin. Että parhaimmillaanhan se on mahdollisuus ihan saada uusia ihmissuhteita.

5.1.6 Vuorovaikutus ryhmässä

Ryhmän vuorovaikutuksen taso ja määrä, sekä laatu, vaihtelivat ja muuttuivat ryhmän edetessä. Yleisesti ryhmäläiset kuitenkin osallistuivat yllättävän paljon ja puhuivat luotamuksellisesti asioista. Positiivista oli, kuinka paljon he pystyivät antamaan toisillensa. Aluksi ryhmissä ei puhuta paljoa, mutta usein rohkaistutaan vertaistuen kautta ja turvallisuudentunteen lisääntyessä osallistumaan paremmin. Haastateltujen mukaan moni saattaa aluksi ajatella että pitääkö ryhmässä puhua tai sanoa jotakin, mutta useimmiten siitä ei ole koitunut ongelmaa ryhmän käynnistyttyä.

vuorovaikutuksen taso ja määrä ja laatu lisääntyy mitä enemmän ne ryhmäytyy tulee semmoinen turvallinen olotila

Haastatellut kertoivat että ryhmään osallistumiseen pystytään vaikuttamaan hyvällä tiedottamisella ja osoittamalla yksittäiselle jäsenelle, että hän on tärkeä ryhmän jäsen. Usein jo ensimmäisen kolmen kerran jälkeen ryhmään on helpompi tulla ja yksittäisen jäsenen osallistua ryhmässä. Joskus kuitenkin on tullut keskeytyksiä ja usein ne ovat tapahtuneet ryhmän alkuvaiheessa. Päämääränä haastatellut pitivät kuitenkin että ryhmään sitoudutaan.

puolivälin jälkeen tapahtuu sitä ryhmäytymistä, henkilöiden on paljon helpompi tulla

Ryhmän ollessa hiljaisempi tai passiivinen, oli ohjaajalla mahdollisuus käyttää apuna aktivointimenetelmiä, jotka edesauttaisivat keskustelua. Aktiivisuutta pystyttiin lisäämään esimerkiksi pariharjoittein, keskustelemalla parin kanssa. Tehtäviä voitiin pohtia myös pienemmissä ryhmissä ja jokainen sai jakaa yhden haluamansa asian. Apuna voitiin käyttää myös mielialapäiväkirjaa. Aktiivisuuden ja sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen saattoi olla joillekin ryhmäläisille keskeinen tavoitekin.

jos on kovin hiljainen ryhmä et he ei kauhean pitkiä keskusteluja innostu käymään niin sitten sitä ryhmän ohjelmaa ja menetelmiä ainakin minä muutan niin et se jotenkin edesauttaisi tai helpottaisi sitä

voidaan keskustella sen naapurin kanssa, siinä parin kanssa, ja sit pari voi jakaa ehkä siitä keskustelustaan ehkä jonkun yhden tai kaks asiaa kaikille

5.1.7 Yksilöllisyys

Vaikka ryhmässä on useampia jäseniä, jokaista tulisi ajatella yksilöinä. Ryhmä voi auttaa yksittäistä ihmistä tunnistamaan oman tilanteensa ja voi auttaa käynnistämään yksilön omia prosesseja liikkeelle, ja täten aktivoida yksilöä ottamaan vastuuta omasta toimimisestaan.

omat prosessit aika paljon sitten liikkeelle siinä ryhmän aikana. Se on myös osa sitä että minkä takia ryhmä on monesti niin tehokasta

se auttaa sitä ihmistä tunnistamaan sen oman tilanteensa verrattuna muiden, peilatasit muitten tilanteeseen ja sitten aktivoitumaan sen oman hoitonsa suhteen

Haastateltavat korostivat yksilöllisyyden huomioimisen jo suunniteltaessa yksilön osallistumista ryhmämuotoiseen hoitoon. Yksilöhoidon ohelle tai sen sijaan voidaan pohtia ryhmämuotoista hoitoa tukemaan paranemista. Erilaiset tilanteet vaikuttivat hoitomuotojen valintaan. Toisinaan, kun potilas osallistui ryhmään, keskeytettiin yksilöhoidot. Toisaalta taas joskus hoitoa voitiin tehostaa lisäämällä yksilökäyntien ohelle myös ryhmämuotoinen hoito. Jokaisen kohdalla tulisi suunnitella hoito yksilöllisesti.

aluksi yksilökeskustelukäyntejä ja sitten voidaan harkita sitä ryhmähoitoa useasta eri syystä. Joskus jos ihmisen tilanne on kovin vaikea, niin se ryhmähoito lisää yksilökäynteihin sen takia että saadaan intensiivisempi hoito

5.1.8 Ympäristötekijät

Haastattelussa kävi ilmi, että ryhmä elää ja se on dynaaminen. Tilanteeseen vaikuttaa aika ja paikka. Yksi haastatelluista koki että pieni tila ja tilan ahtaus vaikuttivat oleelli-

sesti ilmapiiriin. Lisäksi koettiin että ikkunoiden merkitys tilassa oli oleellinen. Tärkeäksi koettiin että tilassa olisi hyvät tuolit. Haastatteluissa tuli esille myös kahvitarjoilun positiivinen vaikutus.

ryhmän struktuurit, että aina on sama aika, sama paikka, ja mä pidän tarkkaan niistä ajoista kiinni

ryhmähuone on esim. kauhean pieni niin silloin se tarkoittaa käytännössä että ihmiset joutuu istumaan kauhean lähellä toisiaan. tai jostauolla haluaa nousta seisomaan tai käydä vessassa tai ottaa kahvia tai jotain niin se on kauhean vaivalloista siirtyä paikasta toiseen

monet semmoiset pikkuasiat on tärkeitä. että onko esim. kahvitarjoilua tai syödäänkö yhdessä

Haastateltavat kokivat merkittäväksi tekijäksi ryhmähoidon oikean ajoituksen. Ryhmähoidosta paras apu koettiin saavan aikaisemmassa masennuksen vaiheessa oleville potilaille. Yksi haastatelluista kertoi että mikäli potilas on kovin masentunut ja liikkeelle lähteminen on muutenkin haastavaa, ei ryhmähoidosta koeta olevan hyötyä kuntoutumiselle. Yleisesti haastateltavat kokivat, että ryhmähoito vaatii riittävän hyvää kuntoa että potilas jaksaisi ryhmässä käydä.

jos ihminen oikein masentunut ja hyvä et se jaksaa tänne tulla niin ehkä siinä vaiheessa se ryhmä ei oo vielä ihan paikallaan mutta kyllä sitä siinä alkuvaiheessa yritetään motivoida jos katsotaan et ois semmoinen että ryhmästä hyötyisi

5.1.9 Suljettu ryhmä

Haastateltavat kertoivat, että heidän ohjaamansa ryhmät olivat lyhytkestoisia ja tarkkaan strukturoituja. Suljettu ryhmä koettiin tällöin sopivana kyseisiin ryhmiin. Haastateltavat kokivat että avoin ryhmä sekoittaisi näin tarkkasisältöisen ryhmän rakennetta ja vaikuttaisi merkittävästi jäsenten väliseen turvallisuuden tunteeseen ja luotettavuuteen.

täydentyvässä ryhmässä on sellainen ominaisuus...että sinne voi tulla jatkuvasti uusia.Niin jos se ryhmä on aika lyhyt, niin silloin tavallaan se ryhmä joutuu aina vähän pakittamaan sinne aloitusvaiheeseen, että aina on uusi ihminen johonka tutustutaan ja se vaikuttaa aina vähän siihen ryhmän luottamukseen

me suositaan tällöisiä suljettuja ryhmiä, näissä lyhyissä ryhmissä

5.2 Kokemukset ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa

Haastateltavat kokivat ryhmähoidon vaikuttavana hoitomuotona sekä myös kustannustehokkaana. Vertaistuen koettiin olevan korvaamaton apu masentuneille, jota ei yksilöhoidosta saada. Haastateltavat kokivat ryhmähoidon ja yksilöhoidon kuitenkin tukevan toisiaan.

Haastateltavat toivat esille myös ryhmähoidon haasteita. Useaan kertaan haastateltavat toivat esille potilaiden pelkäävän aluksi esiintymistä ja puhumista tai että heidän intimitteettiään loukattaisiin ryhmässä.

Haastatteluissa kävi ilmi myös että vielä on paljon hoitajia, jotka ovat keskittyneet pelkästään yksilöhoitoihin. Haastateltavat toivat esiin ryhmähoidon merkittävyyden ja toivoivat tulevaisuudessa työntekijöiden aktivoituvan enemmän ryhmähoitojen suhteen. Haastateltavat kokivat ryhmähoitojen olevan enemmän tätä päivää ja tulevaisuutta.

työntekijöitten näkökulmasta on se että enemmän itse sekä muutkin enemmän aktivoitui

5.2.1 Positiiviset kokemukset

Haastateltavat toivat esille masennusryhmistä useita hyödyllisiä seikkoja. Tehokkuuden vuoksi haastateltavat korostivat ryhmähoidon taloudellista etua. Etuna on myös useamman potilaan samanaikainen hoito. Hoitajat korostivat jälleen kerran vertaistuen korvaamattomuutta.

se vertaistuki on sellainen elementti, jota ei voi korvata millään muulla

ryhmähoito on mun mielestä hyvin tehokasta hoitoa

Haastateltavat kokivat ryhmähoidon tuovan työntekijälle hyvää vaihtelua yksilövastanottotyöhön. Positiivista masennuksen hoitoryhmissä on myös eri sisältöiset ryhmät eri vaiheessa oleville masentuneille. Yksi haastateltavista koki masennuksen ryhmähoidon olevan hyvin strukturoitu, tapaamiskertojen sisältävän toimivat teemat.

ryhmähoito on ihan yhtä hyvää ja joskus parempaakin kuin se yksilöhoito

5.2.2 Negatiiviset kokemukset

Haastatteluissa nousi esiin, että potilaat helposti pelkoa ryhmässä puhumisesta ja tehtävien suorittamisesta. Osa potilaista saattaa kokea että heidän intimitteettiä saatettaisiin loukata tai kokea paljastaneensa liikaa omia asioitaan ja katua tätä myöhemmin.

he kokee et heidän intimitteettiään loukataan ja he eivät uskalla puhua ja mitä nämä kaikki asiat muille kuuluu ja ovat hieman sitten tällöisiä piddätyväisempiä

Yksi haastateltava kertoo että kroonisen masennuksen hoidossa hoito saattaa olla liian kevyttä ja ryhmäkertojen määrän olevan riittämätön. Joskus ryhmä saattaa myös käynnistää jonkun yksilön prosessin, jota ei ryhmän aikana pystytä käsittelemään.

jos on tällöinen krooninen masennus, niin sehän on nyt yksinomaisena hoitona ... vähän niinkun liian lyhyt ja kevyehkö

ryhmä käynnistää jonkun semmoisen prosessin jota siinä ryhmässä, sen aikana, tai ei muuten voida lähteä käsittelemään

Yksi haastateltavista koki myös että ryhmän vuorovaikutuksessa saattaa esiintyä haasteita. Ryhmässä saattaa olla sellaisia henkilöitä, jotka herättävät toisissa ryhmäläisissä voimakkaita ja negatiivisia tunteita ja häiritä ryhmän dynamiikkaa.

sellaisia ihmisiä, jotka herättää voimakkaita, jotakin kielteisiä tunteita. tai tulee sellaisia, mä en kestä olla ton kanssa samassa ryhmässä –tyyppistä

5.2.3 Tavoitteiden saavuttaminen

Haastateltavat toivat tavoitteiden asettamisessa tärkeänä esiin, etteivät ohjaajat antaisi ryhmälle valmiita tavoitteita, vaan ne luotaisiin itselleen ja yhdessä ryhmän kanssa. Haastateltu kertoi että ryhmänohjaajalla on usein omia tavoitteita sisältöön liittyen, mutta pääasia on mitä potilas itse tavoittelee ja oivaltaa. Masennuspotilaiden tavoitteet voivat olla monenlaisia ja vaihtelevat voinnin ja ryhmän mukaan.

ohjaaja ei saa antaa niitä tavoitteita vaan ne itse luodaan itselle

Haastateltavat kokivat keskeiseksi ryhmähoidon tavoitteeksi voinnin paranemisen, oireiden helpottamisen, toimintakyvyn lisäämisen ja elämänlaadun kohenemisen. Lisäksi haastatellut toivat esiin yhdeksi tavoitteeksi masennustietoisuuden ja uusien hoitokeinojen lisäämisen masennuksen hoidon työkaluiksi.

ne saa lisätietoa ja vertaistukea ja pyritään siihen että olisi uusia keinoja, etsitään uusia keinoja ja mahdollisuuksia lievittää niitä masennusoireita ja kenties estää masennuksen uusiutumista

Ryhmähoidon vaikuttavuutta haastateltavat kokivat voivan mitata erilaisilla asteikoilla. Yksi haastateltu kertoi että hän mittaa jäsenten alku- ja lopputilannetta Beckin depressiokyselyllä.

mikä on ollut se lähtötaso, ja mikä on ollut se lopputaso

5.3 Kokemukset ohjaajan roolista ryhmämuotoisessa hoidossa

Haastatteluissa nousi esiin ryhmänohjaukseen liittyviä tekijöitä. Ryhmänohjaajana haastateltavat kokivat voivan toimia hyvin monenlaiset persoonallisuudet ja ihmiset. Ryhmänohjaajaan hyviin ominaisuuksiin haastatellut nostivat vankan, turvallisen, vakaan, hommansa osaavan, ammattitaitoisen ja rauhallisen työntekijän piirteitä.

ryhmänohjaajankin, sen täytyy olla tällöinen vankka, turvallinen, vakaa, hommansa osaava mut sen ei tarvi olla välttämättä kauhean näkyvä

Haastateltavat kertoivat kokemuksen olevan eduksi ryhmien ohjaamisessa. Ryhmien vetäminen yhdessä toisen kanssa, työparina, kehitti ja auttoi jaksamaan. Vastuu omasta jaksamisesta oli kuitenkin suurimmaksi osaksi ohjaajalla itsellään. Yksi haastateltu kertoi että masennusryhmien ohjaus saattaa tuntua välillä raskaalta ja väsyttävältä, varsinkin jos ohjasi ryhmää yksin.

5.3.1 Ryhmänohjaajana ryhmässä

Haastateltavat kokivat että ryhmänohjaajalta ei vaadita mitään sen suurempaa osaamista ohjatakseen ryhmää, vaan tärkeäksi koettiin että viihtyy ryhmässä ja kokee ryhmähoidon mielekkäänä. Toisaalta laaja-alainen ammattitaito koettiin hyödylliseksi. Lisäksi työparityöskentely koettiin ihanteelliseksi.

kokee riittävän mukavana ryhmässä olemisen. että jos nyt olisi kovin estynyt ja olisi itselle kauhean ahdistavaa olla ryhmässä ja niin se voisi olla ainakin alkuun aika haastavaa sitten toimia ryhmänohjaajana

Masennusryhmien kohdalla yksi haastateltu toi esille että kohderyhmän vuoksi ohjaajalta vaaditaan tietoa masennuksen luonteesta hänen huomioidessaan ryhmän ohjausta esimerkiksi keskusteluissa ja tehtävissä. Masentuneiden kohdalla toiminta saattaa olla hidastunutta ja ajankäyttöön tulee varata aikaa.

ryhmän ohjaaminen on erilaista erilaisten potilasryhmien kanssa. Se on kokemuksellisesti erilaista. Ja sit se on erilaista ajankäytön suhteen. Joskus masentuneet, heidän toimintansa on hidastunut

Haastateltavat nostivat haastatteluissa esiin hyväksi kokemiaan ammatillisia piirteitä ryhmänohjauksessa. Taitoa oli valita sopivat potilaat ryhmään. Yksi haastatelluista nosti esiin ohjaajan taidon ymmärtää ryhmäläisten nonverbaaliikkaa. Myös taito huomata voinnin muutokset ja puuttua niihin oli osa ammattitaitoa. Ammattitaitoa lisäsi myös ohjaajan kyky johdatella keskustelua ja tukea ryhmäläisiä tekemään tärkeitä oivalluksia ja saada ryhmäläiset jakamaan kokemuksia keskenään. Myös ryhmäläisten tasavertainen huomioiminen nähtiin arvostettavana.

ryhmänohjaajana jotenkin kuljettaa sitä keskustelua niin, että ne tärkeät oivallukset tulevat niiltä ryhmäläisiltä, eikä ohjaajalta

mahdollistaa sen ryhmän toiminnan ja prosessin, fasilisoi sitä vertaistukea, ja vuorovaikutusta siinä ryhmässä. ja pitää muutenkin langat käsissään niin että se on sitten kaikille semmoinen turvallinen ja mukava kokemus siinä olla. Kaikki järjestelytpelaa ja muuta sellaista

Haastatteluissa ilmeni, että paras tapa kehittyä ryhmänohjauksessa on tekemällä oppiminen. Aloittelevan ohjaajan katsottiin hyötyvän ryhmänohjaamisesta yhdessä kokeneemman ohjaajan kanssa. Lisäksi tärkeäksi koettiin myös jo opiskeluaikana saatu kokemus ryhmämuotoisesta hoidosta.

pääsisi harjoittelemaan jonkun kokeneemman ohjaajan kanssa. Siinä parhaiten oppisi. Musta olisi tärkeitä että jo opiskeluaikana saisi olla mukana

Ohjaajan persoonallisuudesta haastateltavat kuvasivat erilaisia piirteitä, mutta tärkeimmäksi he kokivat ohjaajan olevan oma itsensä. Haastateltavat arvostivat positiivisuutta, innostavuutta, tasapuolisuutta ja kiinnostuneisuutta jäseniin. Yksi haastatelluista kertoi saaneensa palautetta myös olleensa liian innokas.

että oot positiivinen, innostava, tasapuolinen, kaikista kiinnostunut

Haastateltavat kertoivat motivaation ja työssä jaksamisen olevan eduksi ryhmämuotoista hoitoa ohjatessa. Yleisesti haastateltavat kokivat, että vastuu jaksamisesta jäi työntekijälle itselleen. Haastatteluista nousi esiin että psykiatristen potilaiden kanssa työskentelemisen olevan haasteellista ja välillä hyvin raskastakin. Yksi haastatelluista koki että välillä on hyvä tehdä mielikuvaharjoituksia ja irrottautua raskaista tunteista.

pitää liittyä täysillä ja olla siinä läsnä ja omana itsenään, ja jotenkin pistää itsensä likoon, mutsit kun se ryhmä päättyy niin siitä pitää myös väliajoiksi irrottautua

masennusryhmät saattaa tuntua ohjaajasta aika raskaalta, varsinkin jos ohjaa sitä ryhmää yksin

Työkavereiden merkitys oli suuri. Haastatellut kokivat tärkeänä päästä tuulettamaan ajatuksiaan työkavereiden kesken. Myös yhteistyön ja parityöskentelyn koettiin helpottavan. Kuitenkin tärkeäksi koettiin että uskaltaa pistää itsensä likoon ja olla läsnä ryhmässä. Jaksamista tuki että ryhmähoitoa järjestettiin säännöllisin väliajoin, jolloin ryhmähoidon ohjaamisesta tulee ajoittain tauko.

hyvä työyhteisö ja työkaverit on iso merkitys

pitää myös olla sellainen tauko että ei niitäkään voi mun mielestä vetää sillälaila ihan nonstoppina

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa. Haastatteluista nousi paljon yhteneväisiä kokemuksia masennuksen ryhmämuotoisesta hoidosta haastateltavien kesken ja opinnäytetyön tulokset olivat hyvin verrattavissa aihetta käsitteleviin aiempiin tutkimuksiin.

Tulosten mukaan hyvään ryhmämuotoiseen hoitoon vaikuttavat tekijät oli tiedon välittäminen ryhmästä ja jäsenten sitouttaminen ryhmään. Ryhmänohjaajat kokivat että yhteiset valitsemiskriteerit edesauttoivat ryhmän toimivuutta. Hayman ja Allen (2006) tutkimuksessaan korostavat ryhmää kootessaan huolellisen valitsemisen tärkeyttä. Ryhmään valitut jäsenet olivat sitoutuneempia verrattaessa heidän aiemmin kokoamaansa ryhmään, jossa valitsemista ei tehty. Etukäteen annettu tieto ryhmän sisällöstä antoi ryhmään osallistuville käsitystä mitä ryhmä pitää sisällään ja herätti kiinnostusta ryhmää kohtaan. (Hauman & Allen.) Ahmed ym. (2010) nostaa tutkimuksessaan myös neuvon- ja tiedonantamisen hyödyllisenä ja yhteisenä etuna ryhmälle.

Keskeistä ryhmähoidossa oli vuorovaikutuksen merkitys. Selkeäksi ryhmähoidon eduksi nousi vertaistuki. Jennings (2007) toi esiin artikkelissaan ryhmän tarjoavan mahdollisuuden jakaa tunteita, kokea samoin ja löytää yhtäläisyyksiä muiden jäsenten kanssa. Yhteneväisyyksien myötä luotiin pohja ryhmän toiminnalle. Tuloksista kävi ilmi myös ajan, paikan ja ilmapiirin vaikutus ryhmähoidon toteuttamisessa. Myös Puskar ym. (2012) pitää ympäristöseikkoja huomioonotettavina asioina ryhmää muodostettaessa. Ahmedin ym. (2010) tutkimuksessa, jossa kohderyhmänä oli päihteiden käyttäjiä, kokivat tärkeiksi hoidollisiksi tekijöiksi ryhmän yhteishengen sekä ihmissuhdetaitojen opimisen (Ahmed ym. 2010, 203-205).

Haastatellut kokivat suljetun ryhmän toimivimpana ryhmämuotona kyseessä olevissa masennuksen hoidon ryhmissä. Suljetun ryhmän etuna on selkeä jäsenten valitseminen ja pysyvyyden luominen (Muhonen 2005, 163). Lyhytkestoisissa ryhmissä suljetun ryhmämuodon merkitys korostuu, sillä ryhmällä on selkeä tavoite. Tällaisessa suljetussa

ryhmässä pyritään työstämään tehokkaasti suunniteltuja asioita. Suljetun ryhmän etuna on myös sen selkeä rakenne ja päämäärä. Usein lyhytkestoiset ryhmät onnistuvat suljettuina ryhminä parhaiten ja ryhmä pystyy kehittymään vaiheesta toiseen ilman keskeytyksiä. (Kajamaa 2005, 360-364).

Opinnäytetyön tuloksista kävi yksimielisesti ilmi että ryhmähoito koettiin tehokkaana hoitomuotona sekä potilaslähtökohtaisesti että kustannustehokkaasti. Vaikka hoito nähtiin tehokkaana, ryhmänohjaajat kaipaivat vielä enemmän työyhteisön osallistumista ryhmämuotoisen hoidon toteutukseen, innostukseen ja siihen liittyvän ammattitaidon lisäämiseen. Puskar ym. (2012) artikkelissaan toteaa ryhmäterapian olevan yleinen ja tehokas hoitomuoto mielenterveyshäiriöissä, joka näkyy kokemukseen perustuen ja kustannustehokkaanakin. Tämän vuoksi ryhmän ohjauksen taidot psykiatrisella sairaanhoidajalla koetaan merkitykselliseksi. Suuren potilasmäärän vuoksi ryhmähoito nähdään tarvittavana hoitomuotona yksilöhoidon lisäksi (Puskar 2012, 225)

Kokemus ja parityöskentely katsottiin eduksi ryhmähoidossa. Parityöskentely koettiin myös työhyvinvointia lisääväksi tekijäksi. Haastatteluissa nousi esiin masennuspotilaiden kanssa työskentelyn tuntuvan toisinaan raskaalta ja irtautumisen ryhmän luomista tunnetiloista jäävän työntekijälle itselleen. Haastatellut korostivat työyhteisön merkitystä työssä jaksamisessa. Kiviniemi ym. (2014) toteaa että mielenterveystyössä työntekijän persoonallisuus on olennaisimpia työkaluja. Työntekijä virittäytyy erilaisiin tunteisiin ja mielentiloihin persoonansa välityksellä ja ottaa vastaan esimerkiksi ahdistuksen tunteita. Kiireinen työtahti ja resurssien puute vaikuttavat työntekijän tunnetietoiseen työskentelyyn laskevasti. Työuupumus on riskinä, jos työntekijä ei pidä huolta omasta jaksamisestaan eikä ammatillisista rajoistaan. Myötätuntouupumus on yksi esimerkki työuupumuksesta joka on seurausta jatkuvasta empaattisuudesta esimerkiksi toisen ihmisen jaksamisesta. On todettu että ne työyhteisöt joissa on tilaa avautua, ilmaista ja käsitellä tunteita, voivat paremmin. (Kiviniemi ym. 2014, 146-148.) Etenkin yksilötyötä tekevät saattavat jäädä yksin potilaiden herättämiin tunnetiloihin (Hätönen, Kurki, Larri & Vuorilehti 2014, 100).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda kehittämisideoita ryhmämuotoisen hoidon toteutukseen jatkossa. Opinnäytetyössämme on kerätty kokemuksia masennuksen ryhmämuotoisesta hoidosta. Alan tutkimuksiin ja kirjallisuuteen pohjautuva teoriaosuus ja

haastattelutulokset antavat monipuolisen kuvauksen masennuksen ryhmämuotoisesta hoidosta psykiatrian poliklinikoilla. Tulosten pohjalta henkilökunnan on mahdollista saada lisää käsitystä ja ymmärrystä ryhmähoidon vaikutuksesta, toimivuudesta ja sopivuudesta masennuspotilaiden kohdalla. Opinnäytetyö myös avartaa käsitystä ryhmähoidon positiivisista kokemuksista ja eduista. Opinnäytetyömme tulokset puhuvat ryhmähoidon puolesta ja kannustavat sen kehittämiseen.

6.2 Eettisyys

”Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä.” (Vilkkä 2005, 30).

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat kokonaisvaltainen tiedonhankinta, aineiston kokoaminen luonnollisissa tilanteissa ja tutkittavien omat näkökulmat ja ääni. Tämä luo haasteen tutkimuksen ja etiikan välille. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 125.)

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yhteisten sovittujen sääntöjen noudattamista tutkimukseen osallistuvien kesken. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään että tutkijat noudattavat eettisesti laadukkaita tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tämä näkyy tiedonhankinnassa käyttämällä alan tieteellistä kirjallisuutta, asianmukaisia tieteellisiä lähteitä, riittäviä ja perusteltuja havaintoja ja omaa tutkimusta analysoimalla. Tutkijan tulee huomioida vilpitön ja rehellinen asenne toisia tutkijoita kohtaan. Tämä näkyy myös tutkimuksessa käytettyjen tutkimusten tarkkoina lähdeviitteinä ja esitysmuotoina. Tutkijan tulee osoittaa tutkimuksessaan johdonmukaista tutkimusmenetelmän, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten hallintaa. (Vilkkä 2005, 30–31.)

Opinnäytetyössämme olemme toimineet yhdessä työelämätahon, haastateltavien ja ohjaavan opettajan kanssa. Olemme pyrkineet noudattamaan täsmällisesti sovittuja asioita ja työskentelemään luotettavasti. Opinnäytetyössä on käytetty laadullista menetelmää ja aineisto on kerätty teemahaastattelulla. Opinnäytetyössä on haastateltu kolmea alan ammattilaista.

Tutkimuksen aiheen valintaan ja tutkimuskohteeseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Jokaisella tutkimuskohteella on oma arvolähtökohta, ihmiskäsitys ja tavoitteet, jotka

vaikuttavat tutkimuskohteen määräytymistä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 129–130.) Tutkimuksen tulee noudattaa avoimuutta ja kontrolloitavuutta, joka näkyy tutkimuksen sisällössä salassapitovelvollisuutena ja vaitiolovelvollisuutena. Tässä korostuvat ettei tutkittavien tai toimeksiantajan tietoja mainita tutkimuksessa ilman lupaa. Tutkimusetiikka edellyttää tutkijaa huomioimaan tutkimusaineiston eettisen säilyttämisen. Tämä näkyy tutkittavien pitämisen anonymiteetteinä ja aineistojen turvallisella säilyttämisellä. (Vilkkä 2005, 33–35.)

Opinnäytetyön aihe muodostui työelämätahon toiveesta ryhmämuotoisesta hoidosta. Aihetta jouduttiin rajamaan opinnäytetyön toimivuuden kannalta vielä tarkemmin masennusta sairastavien ryhmämuotoiseen hoitoon. Lopulliseksi aiheeksi valittiin ”kokeimuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa”. Työelämänyhteyden kanssa sovittiin että sekä työyksikkö ja haastateltavat pidetään anonymineina eikä nimiä mainita opinnäytetyössä. Anonymiteettiä kunnioittaen muokkasimmesuorissa lainauksissa hieman murre sanoja ja toistuvia sanamuotoja kirjakielellisempään suuntaan tunnistamattomuuden vuoksi. Pyrimme kuitenkin pitämään lainaukset mahdollisimman lähellä niiden alkuperäisiä muotoja. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuslomakkeen (Liite1). Haastattelut nauhoitettiin nauhurilla sekä ensimmäinen haastattelu tallennettiin varmuuden vuoksi myös videokameralle. Haastattelut litteroitiin kirjalliseen muotoon. Tiedostot on säilytetty huolellisesti salasanan takana ja hävitetty opinnäytetyön valmistuttua.

6.3 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta määrittelevät pitkälti tutkija itse ja hänen rehellisyys. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija tekee omia tekoja, valintoja ja ratkaisuja. Tutkijan tulee siis itse arvioida tutkimuksen luotettavuutta jokaisen valinnan kohdalla suhteessa teoriaan, analysointitapaan, aineiston luokitteluun, tulkitsemiseen ja johtopäätöksiin. (Vilka 2005, 158-159.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta kuvaa uskottavuus, eli tulokset on kuvattu selkeästi ja ymmärrettävästi, siirrettävyys eli aineistonkeruun polkua on kuvattu ja pohdittu huolellisesti työssä ja vahvistettavuus eli aiemmat aiheesta tehdyt tutkimukset tukevat työssä tehtyjä tulkintoja (Eskola & Suoranta 2005, 211-212; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Puolueettomuus nousee myös merkittäväksi tekijäksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuspohdinnoissa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksen luoja ja tulkitsejä, näin tutkija voi joko kuunnella ja pyrkiä ymmärtämään tutkittavaa ja tiedonantajaa itseään tai suodattaa kuulemaansa tietoa oman kokemuksensa ja näkemyksensä mukaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 135-136.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät myös tutkimuksen tekoon varattava riittävä aika. Luotettavuutta parantavat tutkimuksen yksityiskohtainen ja julkinen raportointi. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 142.) Opinnäytetyön luotettavuuteen olemme pyrkineet kiinnittämään huomiota koko prosessin ajan. Olemme molemmat tekemässä ensimmäistä opinnäytetyötämme ja se varmasti vaikuttaa työn luotettavuuteen osaksi. Olemme kuitenkin perehtyneet opinnäytetyön eri vaiheisiin ja ohjeistuksiin kuinka työ tulee tehdä. Opinnäytetyötä on ollut tekemässä kaksi henkilöä ja se toisaalta lisää luotettavuutta ja tuo useampia näkökulmia aiheen tarkasteluun. Olemme valinneet tutkimusmenetelmäksi laadullisen sisällönanalyysin ja pysyneet siinä koko prosessin aikana.

Luotettavuutta lisää työn tarkka raportointi ja siihen olemme pyrkineet opinnäytetyömme eri osiossa. Olemme kuvanneet opinnäytetyön vaiheita ja kuinka olemme vastanneet opinnäytetyömme tehtävään ja päätyneet saamiimme tuloksiin.

Teoreettisessa osuudessa olemme pyrkineet käyttämään ammatillisia ja ajankohtaisia lähteitä ja tuomaan keskeisiä asioita opinnäytetyö aiheen kannalta esille. Lähteissä

olemme käyttäneet pääsääntöisesti 2000-luvulla julkaistuja tutkimuksia. Lähteet olemme pyrkineet merkitsemään opinnäytetyöohjeiden mukaisesti luotettavasti ja tarkasti tekijänoikeuksia kunnioittaen. Teoriaosuudessa haasteita meillä oli aiempien tutkimusten löytämisessä ja kansainvälisten lähteiden hakemisessa. Pyrimme että teoriaosuus, teemahaastattelu ja tulokset tukisivat toisiaan ja vastaisivat opinnäytetyön tarkoitusta ja tehtävää. Opinnäytetyömme tulokset on esitetty selkeästi ja niistä käy ilmi kokemukset masennuksen ryhmämuotoisesta hoidosta. Luotettavuutta lisää haastatteluista poimitut lainaukset joita on esitetty tulososiossa.

Haastattelut olivat yksilöhaastatteluita ja pidettiin haastateltavien omissa työhuoneissa rauhallisissa oloissa. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja yksi lisäksi videoitiin. Olimme molemmat mukana haastatteluissa haastattelijan roolissa ja tarvittaessa täydensimme toisiamme ja esitimme tarkentavia ja lisäkysymyksiä. Teemahaastattelun rungon laadimme työelämätahon esittämistä toiveista ja loput kysymyksistä teimme itse pohjautuen aiempiin tutkimuksiin ja tietoon. Teemat olivat avoimia ja niihin haastateltavat pystyivät vastaamaan hyvin omien kokemusten ja tietojen pohjalta. Haastatteluista saimme kasaan laajan ja kattavan aineiston. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 24 sivua. Haastatteluista kerätty aineisto litteroitiin sanasta sanaan huolellisesti. Saatu aineisto vastasi mielestämme opinnäytetyön tehtäviin. Luotettavuutta lisäsi että analysoimme aineiston yhdessä jolloin huomioimme aineiston monipuolisemman ja laajemman tarkastelun. Luotettavuutta pohdimme tulosten tarkastelussa, olimmeko ymmärtäneet aina oikein haastateltavien kertomat asiat ja vaikuttiko oma työkokemuksemme analysointivaiheessa. Pyrimme koko ajan puolueettomuuteen ja olemaan vaikuttamatta työn tuloksiin omalla kokemuksellamme.

6.4 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Masennuksen ryhmähoitoisen hoidon kehittämis ehdotukseksi nousi ammattilaisten ja potilaiden rohkaiseminen osallistumaan ryhmämuotoiseen hoitoon. Ammattihenkilöiden kohdalla tämä näkyi toiveena useamman työyhteisön jäsenen osallistumisella ryhmämuotoisen hoidon toteutukseen ja ammattitaidon lisäämistä koulutusten myötä. Potilasnäkökulmasta oli kehitettävää ennakoluulojen vähentämisessä, tiedonantamisessa ja hoitoon motivoimisessa.

Haastatteluissa nousi esille myös kehittämis ehdotuksia ryhmien sisältöjen monipuolistamisessa, kroonisten masennuspotilaiden ryhmien keston pidentämisessä sekä toiminnallisten ryhmien vaikutuksen tutkimista masennuksen hoidossa. Esille nousi myös mahdollisten seurantaryhmien järjestäminen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen tulevaisuudessa. Jatkotutkimusehdotuksena ehdotamme ryhmämuotoisen hoidon kokemuksien tutkimista potilasnäkökulmasta.

LÄHTEET

Ahmed, S., Abolmagd, S., Rakhawy, M., Erfan, S. & Mamdouh R. 2010. Therapeutic factors in group psychotherapy: A study of Egyptian drug addicts.

Depressio. 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 23.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Eskola, J. & Suoranta J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Gummerus

Hagman, H & Roine, M-L. 2011. Erilaisia psykoterapiaryhmiä. Teoksessa Heiskanen, T. Huttunen, M & Tuulari, J. (toim) 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.

Hayman, P. & Allen, F. Working together on depression. 2006. Therapytoday. 17 (3).

Hätönen, H., Kurki, M., Larri, T. & Vuorilehti, M. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.

Isometsä, E. 2011. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kajamaa, R. 2005. Lyhytkestoiset psykoterapiaryhmät. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmä hoitaa, teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Yliopistopaino, 360–364.

Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Karila, I. 2008. Krooninen masennus. Helsinki: Edita.

Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon. Kirjapaja.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M., Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2. painos. Helsinki: Edita.

Klemelä, E. 2012. Ryhmäpsykoterapia-psykoanalyttinen näkökulma. Teoksessa Huttunen, M & Kalska, H (toim). 2012. Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koffert, T & Kuusi, K. 2002. Depressiokoulu: Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. SMS-Tuotanto Oy.

Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry. Mitä on kognitiivinen psykoterapia. Luettu 17.3.2015. http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert. 2012. Mielenterveyshoito-työ. Helsinki: WSOY.

Leinonen, M. 2005. Mikä ryhmäpsykoterapiassa parantaa? Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmä hoitaa - teoriaa ja käytäntöä. 2. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Lindblom-Ylänne, S. Paavilainen, E. Pehkonen, L. & Ronkainen, S. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Sanoma Pro Oy. 81-83.

Liukka, M. 2010. Perusterveydenhuollon hoitajien asenteet masennukseen ja sen hoitoon. Itä-suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Luoto, N. 2005. 31-40 –vuotiaiden miesten kokemuksia masennuksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Lämsä, A-L. (toim.) 2011. Mieli maasta: masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Muhonen, L. 2005. Täydentyvä ja suljettu ryhmä- teoreettista ja käytännöllistä tarkastelua. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmä hoitaa, teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Yliopistopaino, 161–169.

Nance, D. 2012. Pains, joys, and secrets: Nurse-led group therapy for older adults with depression. Issues in mental health nursing(33), 89-95. Instituto de geriatria, Mexico.

Nordling, E. & Toivio, T. 2013. Mielenterveyden psykologia. Porvoo: Bookwell Oy. Edita.

Panhelainen, M. 2010. Masennuspotilaan hoitotyö. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.) Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy, Tampere 2003.

Puskar, K., Mazza, G., Slivka, C., Westcott, M., Campbell, F. & Giannone McFadden, T. 2012. Understanding Content and Process: Guidelines for Group Leaders. Perspectives in Psychiatric Care 48 (4), 225-229.

Riihimäki, K. 2010. Masennus sairautena. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.) Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Ryynänen, E-M. 2005. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Saarikivi, C. 2006. masentuneen ihmisen elämän käännekohdat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa –matkalla kohti muutosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Tamminen, T. (toim.) 2010. Psykoterapiat. Klaukkala: Recallmed, 144–148.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Vaasa: Hansaprint Oy, 2011

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2005

Vuorilehto, M. & Tuulari, J. 2011. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Teoksessa Heiskanen, T. Huttunen, M & Tuulari, J. (toim) Masennus. Helsinki: Duodecim.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidajaliitto, 101-125.

LIITTEET

Liite 1. Suostumus

1 (2)

TIEDOTE

8.5.2014

Hyvä ryhmänohjaaja/sairaanhoitaja !

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastattelulla. Tulemme haastattelemaan 3-6 ohjaajaa, joilla on kokemusta masennusta sairastavien ryhmämuotoisen hoidon toteuttamisesta. Haastattelupaikat ja aika sovitaan yhdessä haastateltavan kanssa. Haastattelut tullaan nauhoittamaan. Haastatteluun tulee varata aikaa tunnin verran.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Tampereen kaupungin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Sara Lehtonen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
sara.lehtonen@health.tamk.fi

Tuomas Lemmetty
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
tuomas.lemmetty@health.tamk.fi

Kiitos kiinnostuksestanne opinnäytetyötämme kohtaan!

Liite 1.

2 (2)

SUOSTUMUS

Opinnäytetyön nimi:

KOKEMUKSIA RYHMÄMUOTOISESTA HOIDOSTA OSANA MASENNUKSEN HOITOA

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1. Hyvä ryhmämuotoinen hoito

- ryhmähoidon hoidolliset tekijät
- suljettu / täydentyvä ryhmä

2. Ryhmämuotoisen hoidon merkitys masennusta sairastavalle

- yksilö vs ryhmä
- ajoitus
- osallistuvuus
- vuorovaikutus
- yksilön oma prosessi ryhmässä
- vertaistuki
- hyödyt/haitat
- tavoitteen saavuttaminen

3. Ohjaajan rooli ryhmämuotoisen hoidon toteutuksessa

- ohjaajan rooli
- persoonallisuus
- tilanne
- ammattitaito
- ryhmänohjaus
- motivaatio/oma jaksaminen

4. Ryhmämuotoisen hoidon kehittäminen

- kehitettävät asiat
- tulevaisuus

Liite 3. Sisällönanalyysi taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Ryhmän toimintaa suunnitella huomioidaan ryhmän viitekehys	Ryhmähoidon toimivuuteen vaikuttavat tekijät	Hyvä ryhmämuotoinen hoito	Kokemuksia ryhmämuotoisesta hoidosta osana masennuksen hoitoa
Yhdessä sovitaan pelisäännöt			
Luottamus ryhmässä			
Samat ryhmän jäsenet lisäävät luottavuutta			
Yksilö- ja ryhmähoito tukevat toisiaan			
Ryhmähoito on tehokasta			
Ryhmän koko			
Jäseniä valitaan kuudesta kymmeneen			
Puhutut asiat pidetään luottamuksellisina			
Kaikki hyväksytään omana itsenään, kaikki ovat tasavertaisia			
Ajankohtaiset asiat muokkaavat sisältöä			
Taitoalennusta on lisätty ryhmässä	Hoitavat tekijät ryhmässä		
Ryhmähoidosta saatava apu			
Yhteneväisyyden tunne auttaa ymmärtämään, ettei ole yksin			
Tieto masennuksesta auttaa			
Vuorovaikutus ja vertaistuki ovat tärkeitä			
Ryhmä tuo viikkoon säännöllistä tekemistä			

Ryhmä lisää sosiaalista kanssakäymistä		
Ryhmässä tapahtuu oivalluksia ja auttaa asioiden pohtimista		
Ryhmäläiseltä odotetaan motivaatiota ja sitoutumista ryhmään	Ryhmäläisten valitsemisen merkitys	
Ryhmäläisten terveydentila		
Heterogeenisyys ryhmässä		
Ryhmään kerätään molempia sukupuolia		
Sekaryhmät tuovat ulottuvuutta		
Valitaan eri vaiheissa olevia potilaita		
Valitaan eri ikäisiä potilaita		
Hyötyykö potilas hoidosta		
Samankaltaiset elämäntilanteet mahdollistavat vertaistuen syntymistä		
Ohjaajan persoonallisuus työvälineenä	Ryhmänohjaajana ryhmässä	Ohjaajan kokemukset ryhmämuotoisesta hoidosta
Ryhmänohjaajalla on monenlaisia ammatillisia ominaisuuksia		
Laaja-alainen tietotaito helpottaa ohjaamista		
Ohjaaja ymmärtää non-verbaliikkaa		
Osaa ohjata kohti oivalluksia		
Hyödyntää vertaistukea hoidollisena elementtinä		
Ohjaajana toimiminen koetaan miellyttävänä		
Vastuu jaksamisesta työntekijällä		
Työyhteisöllä suuri		

merkitys			
Parityöskentely koetaan eduksi			
Masennusryhmät saattavat tuntua ohjaajalle raskaalta			
Tilanteeseen ja toteutumiseen vaikuttavat monet tekijät	Ympäristötekijät	Hyvä ryhmämuotoinen hoito	
Ryhmä on dynaaminen			
Ryhmän struktuuri luo turvallisuutta			
Aika ja paikka vaikuttavat ryhmän toteutuksessa			
Mukava ryhmätila koetaan merkityksellisenä	Tavoitteiden saavuttaminen		
Oikea ajoitus ryhmähoidolle on merkityksellistä			
Tavoitteiden asettaminen tapahtuu yhdessä			
Tavoitteena voinnin paraneminen, oireiden lievittyminen			
Ryhmähoidon vaikuttavuuden arviointiin käytetään erilaisia mittareita	Positiiviset kokemukset	Ohjaajan kokemukset ryhmämuotoisesta hoidosta	
Jokaisella omat henkilökohtaiset tavoitteet			
Ryhmähoito on tehokasta			
Kustannustehokkuus			
Prosessien liikkeelle lähteminen	Negatiiviset kokemukset		
Vertaistuki koettu korvaamattomana			
Ryhmähoidossa koettuja haittoja on esiintymisen pelko			
Avautuminen koet-			

tiin riskinä		
Pelko intimitietin loukaamisesta		
Ryhmähoito on liian lyhyt kroonisen masennuksen hoitoon		
Riski kielteisistä kokemuksista muista ryhmäläisistä		
Kiinnostuksen lisäämiseksi tärkeää on innovointi ja motivointi	Informaatio	Hyvä ryhmämuotoinen hoito
Tiedonanto ryhmähoidosta ja tiedottamisen merkitys helpottaa sitouttamista		
Jäsenille lähetetään sitouttamiskirje		
Ryhmän kokoamiseen vaikuttaa valitsemiskriteerit	Jäsenten kokoaminen	
Potilaan vointi huomiointi huomioidaan valitsemiskriteereissä		
Suljetun ryhmän hyötynä on ryhmän muuttumattomuus ja selkeä struktuuri	Suljettu ryhmä	
Ryhmä on suljettu luottamuksen ja ryhmäprosessin vuoksi		
Lyhyissä ryhmissä suositaan suljettuja ryhmiä		
Ryhmässä pelätään esiintymistä Usein pohditaan, voiko ryhmässä olla hiljaa	Kokemukset	Ohjaajan kokemukset ryhmämuotoisesta hoidosta
Ryhmäläisten aktivoimiseen käytetään erilaisia menetelmiä	Vuorovaikutus	Hyvä ryhmämuotoinen hoito
Vuorovaikutus ryhmässä on yleisesti aktiivista		
Ryhmäläisten muistuttaminen ryhmästä lisää osallistumista		
Puolivälin jälkeen		

vuorovaikutus hel- pottuu			
Lähtökohta on että ryhmään sitoudutaan			
Alkuvaiheessa voi tapahtua keskeytyk- siä			
Ryhmäytyminen lisää vuorovaikutuk- sen määrää			
Yksilön oma prosessi ryhmässä, yksilölli- syyden huomioimi- nen	Yksilöllisyys		
Hoitomuodon valit- semiseen vaikuttaa			
yksilön tilanne			
Ryhmähoitoa suun- niteltaessa huomioi- daan potilaan koko- naisvaltainen hoito- prosessi			
Ohjaaja vertaistuen tukena	Vertaistuki		
Kokemusten jakami- sen merkitys			
Sosiaalisuuden li- sääntyminen			
Koetaan ettei olla yksin			
Yhteneväsyyden tunne helpottaa			
Nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi tu- lemisen kokemus			
Vertaistuen merkitys on suuri			
Uusien näkökulmien saaminen			
Kehitettäviä asioita ryhmähoidosta Ryhmähoidon tule- vaisuuden näkymät	Kehitysideat	Ryhmähoidon tu- levaisuus	